

**DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES PARA ATENDIMENTO
PELO FUNDO DE SAÚDE DO EXÉRCITO (FuSEx)**

Eu, Marcelo Martins Vilara, Identidade Militar nº 028817373-5 Prec/CP nº 14-0980656, beneficiário(a) do Fundo de Saúde do Exército (FuSEx), estou ciente de que caso eu ou meu(s) dependente(s) necessite(m) de atendimento médico-hospitalar custeado pelo FuSEx, deverei observar a exigência legal prevista pela Portaria DGP nº 048, de 28 de Fevereiro de 2008 (Aprova as Instruções Reguladoras para a Assistência Médico-Hospitalar aos Beneficiários do Fundo de Saúde do Exército / IR 30-38), de encaminhamento prioritário para o Hospital Militar de Área de São Paulo (HMASP) e, caso esta entidade não possua condições de atendimento, para outra Organização Militar de Saúde (OMS) do Exército ou, ainda, de outra Força Armada.

Somente no caso de nenhuma das entidades mencionadas possam oferecer o atendimento necessário, poderei ser encaminhado para OCS ou PSA credenciadas ao FuSEx e, caso estas também não tenham condições, será possível o encaminhamento excepcional para OCS ou PSA não credenciadas ao sistema FuSEx, desde que a Unidade Gestora (UG) FuSEx seja previamente comunicada e autorize o respectivo atendimento, salvo no caso de emergência, a qual deverá ser comunicado em até 48 horas após o atendimento e ser atestado pelo médico militar a necessidade do atendimento de emergência.

Do total das despesas realizadas em OMS e OCS ou PSA, 20% dos gastos serão indenizado pelo titular ou beneficiário conforme previsto na legislação em vigor.

Declaro estar ciente de que caso não aceite as condições supracitadas, todas as eventuais despesas decorrentes do meu tratamento ou de meus dependentes serão de minha inteira responsabilidade, isentando o FuSEx de qualquer obrigação.

Tenho ciência de que o FuSEx não é um Plano de Saúde e por isso se submete à Portaria DGP nº 048, de 28 de Fevereiro de 2008, e demais legislações correlatas.

São Vicente/SP, 10 de setembro de 2014

Marcelo Martins Vilara – Ten Cel

TESTEMUNHAS:

Nome: _____ Posto: _____ Data/Hora: _____

Nome: _____ Posto: _____ Data/Hora: _____

(Anexar na pasta do militar e / ou pensionista)